

# Zahnarztpraxis Dr. Regina Opper - Anamnesebogen

## Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? *ja*  *nein*   
Wenn *ja*, wegen welcher Erkrankung?

---

---

## Hausarzt/Facharzt:

Name

Adresse

Tel.-Nr.

## Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

## Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

---

---

Besitzen Sie einen Allergiepaß? *ja*  *nein*

## Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? *ja*  *nein*

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? *ja*  *nein*

Herzasthma, Angina pectoris? *ja*  *nein*

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? *ja*  *nein*

Sonstiges?

## Kreislaufkrankungen:

Zu hoher Blutdruck? *ja*  *nein*

Zu niedriger Blutdruck? *ja*  *nein*

Hatten Sie einen Herzinfarkt? *ja*  *nein*

Einnahme blutverdünnender Medikamente *ja*  *nein*

(z.B. ASS, Marcumar)

## Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle? *ja*  *nein*

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? *ja*  *nein*

Sonstiges?

# Zahnarztpraxis Dr. Regina Opper - Anamnesebogen

## Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes? *ja*  *nein*   
Magen-Darmerkrankungen? *ja*  *nein*   
Nierenerkrankung / Dialysepatient? *ja*  *nein*   
Falls eine Schilddrüsenerkrankung besteht, welche?  
\_\_\_\_\_

Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Erkrankungen des Nervensystems:

- Epileptiforme Anfälle? *ja*  *nein*   
Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Bluterkrankungen:

- Blutungsneigung (Hämophilie)? *ja*  *nein*   
Blutarmut (Anämie)? *ja*  *nein*

Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten:

- Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? *ja*  *nein*   
Tuberkulose? *ja*  *nein*   
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? *ja*  *nein*   
Wurde bei Ihnen bereits ein HIV-Test durchgeführt? *ja*  *nein*   
Wenn ja, wie war das Ergebnis? *pos.*  *neg.*

Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Sonstiges:

- Osteoporose? *ja*  *nein*   
Tumorerkrankungen? *ja*  *nein*

Frühere Operationen? Welche? \_\_\_\_\_

- Haben Sie Angst vor der Behandlung? *ja*  *nein*   
Vermuten Sie, an Mundgeruch zu leiden? *ja*  *nein*

## Weitere Angaben:

- Sind Sie Drogen- oder alkoholabhängig? *ja*  *nein*

Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

## Röntgen:

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt; *ja*  *nein*

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_